MINISTERUL SĂNĂTĂȚII ȘI PROTECȚIEI SOCIALE
AL REPUBLICII MOLDOVA
UNIVERSITATEA DE STAT DE MEDICINĂ ȘI FARMACIE
NICOLAE TESTEMIȚANU

Mihail GANEA

Reabilitarea şi expertiza capacităţii vitale la bolnavii hemiplegici

Elaborări metodice

Chişinău
2006

MINISTERUL SĂNĂTĂŢII ŞI PROTECŢIEI SOCIALE
AL REPUBLICII MOLDOVA
UNIVERSITATEA DE STAT DE MEDICINĂ ŞI FARMACIE
NICOLAE TESTEMIŢANU

Catedra Neurologie
Departamentul Pregătire Postuniversitară

Mihail GANEA

Reabilitarea şi expertiza capacităţii vitale la bolnavii hemiplegici

Elaborări metodice

Chişinău
Centrul Editorial-Poligrafic *Medicina*
2006

CZU 616.8-009.11:615.8 (076.5)
G 18

Aprobat de Consiliul Metodic Central Postuniversitar al USMF *Nicolae Testemițnau,* procesul-verbal nr. 1 din 26.01.06

Autor: *Mihail Ganea,* conferențiar universitar

Redactor: *Sofia Fleştor*
Machetare computerizată: *Veronica Istrati*

Descrierea CIP a Camerei Naționale a Cărții

Ganea, Mihail

Reabilitarea şi expertiza capacității vitale la bolnavii hemiplegici: Elab. metodice / Mihail Ganea; Univ. de Stat de Medicină şi Farmacie *Nicolae Testemițanu.* – Ch.: CEP *Medicina,* 2006. – 36 p.

Bibliogr. p. 35 (6 tit.)
ISBN 978-9975-907-57-6
50 ex.

616.8-009.11:615.8 (076.5)

ISBN 978-9975-907-57-6

INTRODUCERE

Creşterea numărului maladiilor vasculare cerebrale, care duc la dereglări de vorbire, motilitate, comportament şi în rezultatul cărora bolnavii devin inapţi nu numai în profesarea unei munci, dar şi, deseori, în posibilitatea de autoservire, dictează necesitatea acestor îndrumări metodice. În expunerea lor, ne-am străduit să sistematizăm viziunile asupra acestei teme, existente în literatura modernă de specialitate, reflectând, în acelaşi timp, şi experienţa noastră acumulată pe parcursul a peste douăzeci de ani de muncă în secţia de neurologie şi neuroreanimare a Spitalului Municipal „Sfânta Treime" din oraşul Chişinău. În perioada menţionată şi în prezent, această instituţie serveşte drept bază pentru spitalizarea bolnavilor cu accidente vasculare cerebrale. Aici sunt create condiţiile necesare pentru reanimare, tratament şi recuperare.

Noţiunile *reabilitare* şi *recuperare*, cu referire la pacienţi, sunt utilizate de diferite surse ştiinţifice în egală măsură, exprimând măsuri identice. Totuşi, după părerea noastră, termenul *reabilitare* exprimă mai precis complexitatea eforturilor în domeniile medicinei, fizicii, psihologiei, pedagogiei, în cele sociale, profesionale, care au drept scop evitarea invalidizării bolnavului şi reîntoarcerea lui la un mod de viaţă normal.

Cauza principală a handicapului după accidentele vasculare cerebrale, în majoritatea cazurilor, o constituie hemiplegia. Aceasta necesită o atenţie deosebită privind măsurile de recuperare neuromotorie. Fiind în mare măsură dependentă de localizarea leziunii, posibilităţile reabilitării pot fi realizabile, dacă ţinem seama de o multitudine de factori: vârsta, starea psihică, maladiile concomitente etc.

Paralel cu efectuarea unui şir de măsuri de reabilitare, se impune aprecierea capacităţii de autoservire şi muncă a acestor pacienţi. La sfârşitul lucrării sunt expuse criteriile principale de apreciere a capacităţii vitale, utilizate de comisiile specializate.

PRINCIPII DE REABILITARE

Diversitatea mijloacelor şi metodelor de reabilitare a bolnavului cu insuficienţă motorie (hemiplegie sau hemipareză) se bazează pe principii unice. Iată care sunt cele mai importante.

1. În funcţie de starea somatică şi revenirea bolnavului în stare de conştienţă, reabilitarea începe cât mai devreme posibil.

2. Reabilitarea se efectuează pe etape, evaluarea fiind atât calitativă, cât şi cantitativă, în funcţie de starea bolnavului.

3. Măsurile de reabilitare se efectuează sistematic; durata lor depinde de severitatea handicapului şi starea somatică.

4. Complexitatea reabilitării impune aplicarea tratamentului medicamentos şi fizioterapeutic, masajului, terapiei ocupaţionale şi ergoterapiei, reeducării tulburărilor de vorbire.

5. Bolnavul participă cât mai activ la efectuarea programului preconizat.

Experienţa noastră în tactica de tratare a bolnavilor hemiplegici, corelarea ei cu ideile şi propunerile din literatura modernă de specialitate ne-au permis să tragem următoarele concluzii:

- procesul de recuperare diferă în funcţie de etapa maladiei;
- caracterul procesului vascular – hemoragie sau ischemie – se reflectă asupra evaluării mecanismelor de recuperare a funcţiilor lezate;
- integritatea recuperării depinde de factorii care influenţează evoluţia ictusului;
- efectuarea cât mai precoce şi completă a măsurilor recuperatoare permite obţinerea rezultatelor scontate;
- eficacitatea proceselor de recuperare este maximă pe parcursul primelor 5–6 luni, apoi scade treptat, pentru a atinge minimul la un an şi jumătate după accident.

Fiecare caz în parte necesită o reabilitare individuală, luându-se în consideraţie caracterul procesului vascular, particularităţile patologiei, gradul de pronunţare a sindroamelor neurologie etc. Exprimând principiile unice de reabilitare a bolnavilor cu accidente vas-

culare, vom insista de fiecare dată asupra unui plan de activitate strict individual.

Referindu-se la principiile organizatorice ale recuperării, I. Tudor evidențiază:

1. conducerea unitară a acțiunii de recuperare de către un for instituțional unic;
2. un plan individualizat de realizare a reabilitării, aplicat precoce şi urmărit constant până la restabilirea bolnavului;
3. activitatea colectivă de elaborare a planului de recuperare, efectuată de specialişti care să dispună de mijloace materiale pentru asigurarea aplicării în practică a obiectivelor propuse;
4. continuitatea diverselor etape ale recuperării (recuperarea medicală, recuperarea profesională).

PRINCIPIILE DE CONDUITĂ ALE RECUPERĂRII

1. *Principiul umanitar* se referă la recuperarea bolnavului în ansamblu, nu doar a unei funcții. Este necesară o conlucrare strânsă între bolnavi şi colectivul recuperator, acordându-se atenție problemelor emoționale, profesionale şi sociale şi creşterii motivației bolnavului în direcția efortului necesar pentru recuperare.

2. *Principiul precocității, continuității şi etapizării* prevede o acțiune durabilă, fragmentată în etape inseparabile şi consacrată tendinței unice a personalului implicat şi a bolnavului, pentru menținerea efectelor medicale, fizice, psihologice, pedagogice şi sociale.

3. *Principiul cooperării şi repartizării funcțiilor.* Problemele abordate de fiecare bolnav, strict individuale, necesită conlucrarea activă a mai multor specialişti, conduşi de medicul neurolog.

4. *Principiul educațional* se referă la informarea şi educarea familiei, a cercului de prieteni, care cunosc problemele specifice ale bolnavului, echilibrarea lui psihologică şi pot să-i creeze condiții optime.

5. *Principiul compensării funcțiilor irecuperabile prin protezare* necesită o colaborare cu unitățile tehnice specializate.

Unii autori au divizat procesul de reabilitare în trei nivele: *de recuperare, de compensare* şi *de adaptare*. Nivelului de recuperare îi corespund primele 6 luni după accidentul vascular ori traumatism – perioada cea mai productivă din punct de vedere al performanţelor în domeniul funcţiilor lezate. În cazurile în care potenţialul recuperării medicale, psihologice, profesionale şi sociale este epuizat, dar sechelele rămân pronunţate sau grave, la pacient apare şi evoluează tendinţa de compensare a funcţiilor lezate. Acestui proces, foarte complicat din punct de vedere morfologic şi funcţional, îi corespunde implicarea treptată a structurilor encefalului, adiacente focarului patologic, cu formarea şi activarea multiplelor conexiuni noi, interneuronale şi corticale, la care participă sistemul nervos central şi cel periferic, mecanismele neurohumorale.

Adaptarea sau readaptarea cu defectul este caracteristică pentru bolnavii cu focare mari şi leziuni severe, când posibilităţile de recuperare şi compensare lipsesc. Conştientizând inaccesibilitatea reabilitării pacientului, se recurge la adptarea lui pentru autoservire şi utilizarea posibilităţilor fizice şi psihice restante, spre binele lui şi al societăţii.

RECUPERAREA PRECOCE A BOLNAVULUI GRAV

Recuperarea bolnavilor cu accidente vasculare trebuie începută chiar în primele ore, când pacientul este internat în reanimare sau în secţia de terapie intensivă. Scopul recuperării la această etapă este prevenirea complicaţiilor posibile.

Bolnavul comatos sau conştient se întoarce în diferite poziţii, ritmic, la un interval de 2–3 ore, pentru a preveni escarele şi leziunile de decubit şi a asigura bronhia de drenaj. Efectuarea mişcărilor pasive în articulaţii de 2–3 ori pe zi previne redorile articulare şi anchilozele. Dacă starea bolnavului permite, el este aşezat în poziţie ortostatică prin ridicarea unei porţiuni de pat ori în fotoliu. Zilnic, bolnavul este supus toaletei sau unei băi parţiale. Se aplică proceduri fizioterapeutice respiratorii cu aerosoli. Concomitent, bolnavul este stimulat psihic prin adresări verbale blânde şi adecvate

gradului de conştiinţă. Excitanţii durerosi – ciupitul, zgâriatul, înţepatul – pentru trezirea bolnavului trebuie limitaţi. Pentru a evita retracţiile musculo-tendinoase de mai târziu în poziţii defavorabile a segmentelor interesate în paralizie, se folosesc saci mici cu nisip ori alte materiale convenabile, ca să-i menţină poziţia corectă. Se evită poziţia de flexie a genunchilor şi ecvinismul labei piciorului, rotaţia externă a coapsei, răsucirile capului şi trunchiului.

RECUPERAREA ÎN ETAPA DE CONVALESCENŢĂ

Etapa de convalescenţă poate dura la unii bolnavi până la 2 ani. Ea începe cu stabilizarea stării, după care urmează remisia progresivă a deficienţelor psihorganice, afatice, motorii. Însă evoluţia nu progresează întotdeauna pe linie dreaptă, deseori – prin salturi calitative, după care pot urma perioade de stagnare. De obicei, cele mai importante succese se obţin în primele 2 luni.

Scopul final al echipei de reabilitare depinde de gravitatea deficienţelor. Dacă în cazurile fruste reabilitarea bolnavului poate fi totală, în cazurile grave, severe poate fi calificată drept succes obţinerea posibilităţii de deplasare şi autoservire. Dificile pentru reabilitare sunt dereglările sfincteriene, sindroamele confuzionale, stările de depresie. În stările de gravitate intermediară, în reabilitare se pot obţine atât performanţe, cât şi insuccese. Principala direcţie a recuperării o constituie reeducarea funcţiilor de autoservire, cum ar fi: îmbrăcatul, dezbrăcatul, spălatul, alimentarea, mersul, executarea unor funcţii casnice, gospodăreşti. Unii autori propun educarea la pacienţi a unor „hobby", în funcţie de restanţele funcţionale (filatelia, lectura, modelatul etc.). După perioada de cooperare (2 ani) a cuplului bolnav – echipa de reabilitare în domeniile terapiei medicamentoase, terapiei ocupaţionale, ergoterapiei, logopediei, când eforturile şi posibilităţile recuperatoare se epuizează, urmează perioada sechelară.

PERIOADA SECHELARĂ

În pofida epuizării posibilităţilor de reabilitare, această etapă nu poate fi considerată un handicap total şi ireversibil. Mai pot fi folosite măsuri chirurgicale şi ortopedice, se cere combătută spasticitatea. Bolnavului i se educă un mod de viaţă igienic – o alimentaţie dietetică, fără consum de alcool, gimnastică medicală în fiecare zi – pentru evitarea accentuării spasticităţii, apariţiei redorilor articulare. Modul de viaţă cumpătat, evitarea suprasolicitărilor fizice şi psihice, atitudinea binevoitoare în familie şi societate minimalizează riscul repetării accidentului sau decompensării.

PARTICULARITĂŢILE REABILITĂRII BOLNAVILOR CU PATOLOGIE ASOCIATĂ

Reabilitarea unui hemiplegic necesită din partea pacientului eforturi fizice şi psihice considerabile. Luând în consideraţie apariţia accidentelor cerebrale în mare majoritate pe fondul unei patologii cardiovasculare (boala hipertonică, ateroscleroza, reumatismul etc.), deseori şi a vârstei înaintate, în faţa echipei de reabilitare se pune întrebarea: în ce măsură patologia somatică va influenţa procesul de reabilitare?

Analizând literatura de specialitate şi experienţa noastră, am putea considera drept contraindicaţii absolute următoarele forme de patologie asociată:

- infarctul miocardic, suportat cu mai puţin de jumătate de an în urmă;
- boala ischemică a cordului cu accese frecvente de stenocardie, mai ales stenocardia de repaos;
- hipertensiunea arterială de gr. III cu semne de insuficienţă renală;
- insuficienţa circulaţiei sangvine de gr. III;
- procesul activ reumatic.

Aplicarea celor mai uşoare metode de recuperare la aceşti bolnavi provoacă decompensarea activităţii cardiace şi agravarea stării

generale. Pacienţii necesită, în primul rînd, o asistenţă terapeutică, pentru a reveni mai târziu la posibilitatea reabilitării.

Există o întreagă gamă de contraindicaţii relative: formele decompensate de diabet zaharat, infecţia cronică a căilor urinare, obezitatea, maladiile cu insuficienţă pulmonară, infarctul miocardic suportat cu mai mult de 6 luni în urmă, stenocardia de efort, boala hipertonică de gr. I–II, viciile cardiace fără proces reumatic activ, aritmiile, tromboflebita.

Vârsta înaintată a bolnavului nu este o contraindicaţie pentru reabilitare. Ea dictează o prudenţă deosebită şi luarea în consideraţie a aspectelor specifice psihice, endocrine, farmaco-terapeutice.

Particularităţile reabilitării la o vârstă înaintată:

- administrarea preparatelor cu efect antisclerotic, vitaminoterapia;
- terapia patologiei asociate;
- individualizarea strictă a metodelor de gimnastică, fizio-ergoterapia;
- şedinţele de gimnastică curativă repetate mai des, dar de scurtă durată;
- acordarea unei deosebite atenţii metodelor psihoterapeutice şi sugestive.

APRECIEREA GRADULUI DE HANDICAP

Iniţierea activităţii de recuperare va fi precedată de aprecierea deficitului neurologic, psihologic şi social al bolnavului. În acest scop se vor efectua teste motorii simple şi globale, studii de bilanţ psihic, de integrare socială, de evaluare a mediului ambiant, de independenţă economică. La momentul actual, există o multitudine de testări graduale, care permit o apreciere analitică integrală a stării pacientului. După părerea noastră, cea mai reuşită şi complexă schemă de apreciere, care conţine date concrete referitoare la mobilitatea, autoservirea, munca şi odihna, integrarea socială, conceperea mediului ambiant, independenţa economică a bolnavului, este aşa-numita „scară londoneză” sau „chestionarul” de apreciere a gradului de handicap la pacienţii cu accidente vasculare cerebrale (vezi

anexa 1). Fiind executate la începutul recuperării şi pe parcurs, testele permit aprecierea stării bolnavului nu numai la un anumit moment, dar şi în evoluţie.

Constituind în mare măsură tabloul clinic al accidentului vascular, hemiplegia reprezintă o dereglare tonico-musculară, cauzată de leziunea neuronului motor central, situându-se contralateral focarului, când leziunea este situată deasupra decusaţiei piramidale, sau ipsilateral, în caz de leziune sub acest nivel.

Calea piramidală este formată din axionii celulelor gigantice Betz, situate în circumvoluţia frontală ascendentă, parcurgând traseul până la formarea sinapsei cu motoneuronii alfa din coarnele anterioare ale măduvei spinării de partea opusă. Afecatrea acestei arii sau porţiuni de traseu provoacă imposibilitatea efectuării mişcărilor voluntare şi dereglări ale tonusului muscular contralateral leziunii. Afectarea a 10% din musculatura ipsilaterală nu are practic semnificaţie clinică.

Se afirmă că fibrele neuronului motor central se conectează nu numai cu celulele alfa, ci şi cu celulele gama. Datorită implicării multiplelor formaţiuni pe parcursul tractului piramidal de la cortex până la măduva spinării, se poate stabili diagnosticul topografic precis al leziunii.

a) Hemiplegia corticală

La acest nivel, sindromul hemiplegic de obicei nu este total, fiindcă leziunea cuprinde rareori toată aria corticală motorie, limitându-se la o porţiune a ei. Hemiplegia respectivă este pronunţată în mână şi facies şi puţin semnificativă în picior. Extinderea procesului patologic spre aria parietală este însoţită de dereglări senzitive asociate deseori cu astereognozie. Localizarea leziunii în emisfera dominantă (de obicei stângă) se deosebeşte prin asocierea hemiplegiei cu afazia motorie. În cazurile de extindere a leziunii în adâncime poate să apară hemianopsie laterală de aceeaşi parte cu hemiplegia. Hemiplegia corticală poate fi însoţită de crize jacksoniene, ca rezultat al procesului de iritare a neuronului motor central. Pentru localizările rolandice centrale apar sincineziile pe fond de hipertonie spastică.

Tulburările psihice la aceşti bolnavi se manifestă prin modificări de comportament, activitate, afectivitate, intelectuale şi cognitive.

b) Hemiplegiile capsulare

Sunt dificile pentru reabilitare din cauza spasticităţii hipertonice masive, fapt cauzat de spaţiul strâmt unde se concentrează toate fibrele motorii. Leziunile capsulare sunt însoţite de hemiplegie totală. Rareori, procesul afectează regiunea talamică, manifestându-se prin dureri insistente, rezistente la mijloacele terapeutice.

c) Hemiplegia pedunculară

Toate hemiplegiile trunculare au aspecte foarte diverse, datorită nucleelor corticale adiacente căilor piramidale. Apar sindroame alternante cu hemiplegie motorie contralaterală şi sindroame de afectare a nervilor cranieni de aceeaşi parte. La nivelul pedunculului cerebral hemiplegia opusă leziunii se asociază cu paralizia nervului facial de tip central. Deseori se mai întâlnesc sindromul Weber (leziunea nervului oculomotor comun), hiperkinezii, rigiditate extrapiramidală, mişcări coreoatetozice şi parkinsoniene, dismetrie, adiadocokinezie, tremor intenţional, dereglări oculogire, de sensibilitate etc. Hemiplegia este moderată.

d) Hemiplegia protuberanţială

Se aseamănă cu hemiplegia trunculară, dar se asociază cu leziunea altor nervi cranieni. Paralizia nervului facial va fi de aceeaşi parte cu leziunea, de tip periferic. Paralizia nervului oculomotor extern se va manifesta prin strabism convergent şi diplopie; a celui acustico-vestibular – prin surditate, tulburări de echilibru, vertij, nistagmus.

e) Hemiplegia bulbară

Poate fi definită printr-un caracter mai global. În cadrul acestei hemiplegii se înscrie sindromul Dejerine; hemiplegia plus hemianestezia contralaterală cu paralizia hipoglosului de aceeaşi parte. Sindromul Wallenberg are mai multe varietăţi; la sindromul vestibular se vor adăuga paralizia vălului palatin, tulburările de fonaţie şi

deglutițiile, sindromul Claude Bernard-Horner, tulburările de vorbire de tip dizartrie. Se mai pot asocia tulburările de sensibilitate, mai ales hemianestezia feței, termoasimetria. Se pot manifesta diverse tulburări cardiovasculare.

f) Hemiplegia medulară

Are aspectul sindromului Brown-Sequard. Hemiplegia se asociază cu tulburări de sensibilitate profundă pe aceeași parte și de sensibilitate superficială pe partea opusă. Se întâlnește mai ales în afecțiunile medulare mai sus de nivelul C_5. La afectarea decusației piramidale se poate întâlni hemiplegia „în cruce", adică: plegia mâinii – pe o parte, și a piciorului – pe cealaltă parte.

POSIBILITĂȚI ȘI LIMITE DE RECUPERARE

Referindu-se la recuperarea hemiplegicului, T. Vlad și L. Pendefunda menționează că hemiplegia are aspecte particulare, în funcție de specializarea emisferică a encefalului, în care tulburările de vorbire sunt atribuite emisferei dominante, pe când tulburările praxice, gnozice și somatognozice se atribuie emisferei opuse. Ultimele sunt în primul rând de ideație, și în al doilea rând motorii. Învățarea este un proces atribuit emisferei minore, cea dominantă având un rol moderator, cu nuanțe analitice. Dereglările în emisfera minoră se asociază deseori cu anozognozie, adică neștiința propriei paralizii, bolnavii considerându-se sănătoși (suferă în special de „apraxia îmbrăcatului").

Practica de recuperare a bolnavului hemiplegic din ultimii ani, confirmată și de cercetările științifice, permite preconizarea unor măsuri favorabile în fiecare caz aparte. Este dovedită existența unor fenomene de regenerare și reorganizare în sistemul nervos. Prin regenerarea axonală, factorii de creștere nervoasă, intermediul substanțelor neurohumorale pot fi reluate funcțiile lezate. Această plasticitate neuronală acționează din momentul leziunii până la aproximativ doi ani, punând în acțiune multiple mecanisme de recuperare. Leziunea neuronilor unor funcții specifice creează situația pentru

implicarea funcţională a altor sinapse, stimulând regenerarea morfologică şi implicând o gamă largă de neurotransmiţători. Faptul este important fiindcă aceste structuri reacţionează şi la metodele fizioterapeutice. Neurotransmiţătorii, reprezentaţi de polipeptide, stimulează ţesuturile adiacente focarului, implicându-le treptat în procesul de regenerare. Se presupune şi posibilitatea activării lor cu substanţe farmaceutice. Printre neurotransmiţătorii stimulatori se pot enumera acetilcolina, glutamatul şi derivaţii săi. Serotonina, dimpotrivă, inhibă procesul de regenerare. Cunoştinţele obţinute în această direcţie nu permit încă utilizarea largă a preparatelor farmaceutice în procesul de recuperare, aceasta rămânând o direcţie importantă de perspectivă.

SPASTICITATEA

O piedică importantă în recuperarea motorie a bolnavului hemiplegic o constituie spasticitatea. Definindu-se ca o creştere a tonusului muscular condiţionată de hiperactivitatea buclei gama, asociindu-se paraliziei, spasticitatea împiedică mişcarea în mai mare măsură decât ultima. Clinic, se manifestă prin exagerarea reflexului de întindere tonic (semnul lamei de briceag), reflexul muscular la excitaţiile cutanate, sincinezii, reflexul Hoffman. Uneori, spasticitatea se instalează în faza de debut a hemiplegiei, alteori mai târziu. Spasticitatea este mai pronunţată în muşchii mai bine dezvoltaţi flexorii, în membrul inferior. Aceasta condiţionează şi postura specifică a hemiplegicului. Cu toate că spasticitatea este o piedică serioasă în activitatea pacientului, în cazurile de epuizare a posibilităţilor de recuperare poziţia specifică a membrelor permite mersul şi agăţarea cu mâna a oricărui obiect.

În ultimul timp se discută despre rolul neurotransmiţătorilor şi neuromodulatorilor în instalarea şi menţinerea spasticităţii. Se menţionează inhibarea aminoacizilor excitatori (glutamatului), aspartatului, homocisteatului, cisteinei, pe fondul căreia GABA reglează echilibrul dintre dopamină şi acetilcolină, hiper- şi hipotonină în sistemele neuronale alfa şi gama. Spasmul muscular se amplifică la

durere şi sub activitatea factorilor nociceptivi, cum ar fi excitarea vezicii urinare, a colonului, ulceraţiile de decubit, cicatricele dureroase, infecţia, calculoza, sonda etc. Toate cele expuse mai sus necesită să fie luate în consideraţie în cel mai serios mod la efectuarea măsurilor de recuperare.

La întocmirea planului de reabilitare se va conta pe trei direcţii principale.

1. Educarea deprinderilor de autoservire: îmbrăcatul, dezbrăcatul, spălatul, alimentaţia etc., adică acti-vităţile de evitare a sociodependenţei.

2. Asigurarea unei preocupări plăcute, a unui „hobby": lectura, muzica, filatelia, lucrul manual, gravura etc. (în măsura posibilităţilor).

3. Asigurarea reîntoarcerii la funcţiile îndeplinite până la îmbolnăvire, adică procesul de profesionalizare sau reprofesionalizare. Numai în acest caz, procesul de reabilitare poate fi considerat complet şi finalizat. Alte variante vor fi performanţele parţiale şi pe toată perioada de reconvalescenţă, care durează aproximativ doi ani, eforturile de recuperare. Peste doi ani, potenţialul de recuperare se consideră epuizat, sechelele neuromotorii devin stabile.

În perioada sechelară se poate recurge la unele măsuri chirurgicale ortopedice şi reparatorii.

Una din direcţiile principale în managementul hemiplegicului o constituie tratamentul postural, care urmăreşte, încă din faza acută, aşezarea bolnavului într-o poziţie funcţională bună. Pentru membrul superior este preferabilă poziţia braţului în uşoară abducţie, antebraţul în extensie completă sau uşor flectat, cu semipronaţie, articulaţia pumnului în uşoară extensie, cu degetele în flexie. Pentru prevenirea blocării articulaţiilor interfalagiene se folosesc proteze drepte, diferenţiate pentru fiecare deget aparte, care se aplică de circa 2–3 ori pe zi. Membrului inferior i se opune tendinţa de rotaţie externă, poziţia labei în varus-ecvin. Prin intermediul planşetelor de lemn, sacilor de nisip, gutierelor de ghips, materialului plastic, se fixează laba piciorului sub un unghi drept sau în uşoară dorsiflexie.

În timpul nopții se recomandă alternarea poziției de decubit dorsal cu decubit lateral pe partea sănătoasă, cu membrele plegile așezate pe perne. Pozițiile membrelor se schimbă peste 2–3 ore.

MĂSURI DE MOBILIZARE

La început, mobilizarea se efectuează pasiv de către cinetoterapeut, zilnic, cu mișcări de „du-te-vino" de amplitudine maximă în ambele sensuri. Manevrele bruște sau prea energice în mobilizarea hemiplegicilor sunt interzise, pentru a evita spasticitatea, întinderile, rupturile musculo-ligamentare, hidartroza, fracturile. La efectuarea mișcărilor, în nici un caz nu trebuie depășit gradul de sensibilitate dureroasă. Durerea poate provoca contracturi musculare reflexe, atitudinea negativă a bolnavului ca reacție de apărare, apariția pozițiilor nefuncționale antalgice ale membrelor. Durata unei ședințe de mobilizare pasivă, cu condiția lipsei contraindicațiilor, variază între 10 și 30 minute. În caz de dureri în segmentul preconizat, mobilizării în prealabil se recomandă ședințe de masaj, fizioterapie, cu scop analgezic și de relaxare.

Chiar în formele grave de hemiplegie, deficitul motor nu poate fi considerat total irecuperabil, datorită căii piramidale directe și unor structuri subcorticale care au un rol însemnat în recăpătarea deficitului motor al căii piramidale încrucișate.

Mișcările de reeducare funcțională a bolnavului hemiplegic se efectuează în baza respectării cu strictețe a principiilor antrenamentului fizic. Complexele de exerciții trebuie să excludă efortul fizic sporit. În gama caracteristicilor mișcării (forța, viteza, rezistența și îndemânarea), forța este cel mai puțin solicitată, pentru a evita creșterea spasticității. Exercițiile de forță se combină și cu blocarea parțială a respirației, care, la rândul ei, împiedică circulația cerebrală venoasă.

În funcție de gradul paraliziei, recuperarea motorie parcurge un timp îndelungat și migălos, având ca scop final revenirea profesională sau reprofesionalizarea. Există o diversitate impunătoare de metode de reinstalare a motilității active. Nici una din ele însă nu

rezolvă toate problemele de reeducare funcţională a hemiplegicului. Metodele existente se bazează pe ideea că muşchii antagonişti sunt în dependenţă funcţională, acţiunea unuia facilitând-o pe a celuilalt, şi că mersul se reinstalează ca la un nou-născut, prin evoluţia filogenetică: ihtioid, amfibian, reptilian, cvadripodal şi, în final, biped. Constituind obiectul activităţii specialistului cinetoterapeut, ne vom referi aici numai la unele principii ale acestor metode.

Metodele de facilitare presupun un mecanism sinergic, în care influxul cortical motor, ineficient ca acţiune, este potenţat de o intervenţie reflexă periferică. Spre exemplu, se întinde la maximum un muşchi plasat în afara segmentului de contracţie, adăugându-se contribuţia voluntară, contând pe reflexul miotatic declanşat. Pe măsura recuperării motilităţii active, facilitarea se diminuează treptat, trecându-se la alte metode. Cele mai rezultative metode de facilitare la momentul actual: Kabat, Frenkel, Phelps, brunustrom. Aparent diferite, toate sunt bazate pe utilizarea mecanismelor reflexelor elementare, pe utilizarea diferenţiată a sicineziilor, utilizarea modificărilor de repartiţie tonică prin schimbarea poziţiei capului.

Metodele de inhibiţie, din punct de vedere fiziopatologic, reies din considerentul că deficitul motor al hemiplegicului se datorează unor scheme anormale de postură, ieşite de sub controlul centrilor nervoşi superiori. Aceste mişcări perturbate sunt influenţate şi de centrii nervoşi inferiori – cerebelul şi trunchiul cerebral. În rezultat, coordonarea inferioară plus impulsarea anormală superioară duc la mişcări şi postură tipică hemiplegicilor cu caracter stereotip. Tulburările de sensibilitate intervin nefast în reeducarea funcţională a mişcărilor. Spasticitatea avantajează instalarea la bolnav a unor reflexe primitive.

Tehnica de inhibiţie Bobath are drept scop diminuarea activităţii tonice reflexe, care a perturbat schema normală a motilităţii active. Conform acestui program, cinetoterapeutul nu se ocupă de recuperarea forţei, ci redă segmentului posturi opuse celor patologice existente deja. Aceste poziţii diminuează progresiv tonusul muscular. Programul reflectă ordinea poziţiilor reflex-inhibitoare care încep întotdeauna cu cea a capului şi a gâtului, continuând cu

trunchiul, bazinul, şi numai în final cu membrele. Metoda Bobath conţine o mare varietate de poziţii fundamentale şi interacţiuni reflexe. Meritul acestei metode este că ea poate începe „de la nimic", stimulând cele mai mici resurse latente.

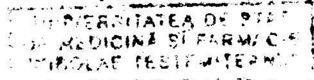
Metoda Tardien se aplică mai mult la pacienţii de vârstă tânără şi are ca punct de plecare obţinerea prealabilă a relaxării musculare, pe care se educă deprinderile motorice. Se admit şi corecţii chirurgicale şi ortopedice. O atenţie deosebită se acordă activităţilor recreative, jocului şi terapiei ocupaţionale.

Tehnicile de relaxare, utilizate în reabilitarea bolnavului hemiplegic, includ metode active (yoga, relaxarea activă, safirologia, relaxarea senzorială) şi metode pasive (hipnoza, trainingul autogen, retroacţiunea electromiografică).

TRATAMENTUL MEDICAMENTOS

Acest tratament este orientat în două direcţii principale: etiopatogenică şi simptomatică, reieşind şi din caracterul accidentului vascular – infarct sau hemoragie. După ieşirea din starea comatoasă, când dirijarea terapiei de reanimare şi intensive se efectuează de specialiştii reanimatologi şi neurologi, prescripţiile medicamentoase îi revin, în exclusivitate, neurologului.

Se purcede, în primul rând, la un tratament diferenţiat, care are ca scop principal combaterea insuficienţei circulatorii cerebrale. În hemiplegiile prin ramolisment cerebral trombotic, rolul principal îi revine tratamentului anticoagulant, sub controlul indicilor de coagulare sangvină. Tratamentul etiopatogenetic va include o gamă largă de vasodilatatoare, neurotrofice, antiagregante (antiplachetare), vitamine. Preparatele tradiţionale (papaverina, eufilina, dibazolul) în prezent nu au utilizare largă, fiind înlocuite cu remedii mai efective, care provoacă o vasodilatare mai pronunţată şi de lungă durată – derivatele acidului nicotinic, beta-blocantele, blocantele canalelor de calciu. Experienţa noastră şi cea mondială din ultimii ani permit recomandarea unui preparat efectiv – nimotopul. În cazurile afecţiunilor cardiace, aflate la originea accidentului cerebral (insuficienţă



cardiacă, tulburări de ritm etc.), este necesar consultul specialistului cardiolog. Tot aşa se va proceda şi cu bolnavii cu alte maladii asociate: diabet zaharat, maladii hematologice, tromboflebitice etc., care necesită consultaţia specialiştilor respectivi. O atenţie deosebită se acordă bolnavilor cu hipertensiune arterială, deoarece scăderea valorii maxime a tensiunii arteriale mai jos de 170 mm nu este de dorit. Angajarea hemiplegicului la aceste cifre tensionate în cinetoterapie şi alte măsuri de reabilitare sunt periculoase. Cazurile menţionate necesită o precauţie deosebită şi o supraveghere permanentă din partea neurologului.

Tratamentul simptomatic se referă la tulburările cardiocirculatorii secundare, reglarea tensiunii arteriale, combaterea spasticităţii, a tulburărilor psihice, sindroamelor algiodistrofice, măsuri geriatrice.

Bolnavii cu accident hemoragic cerebral vascular, trataţi chirurgical sau conservativ, necesită administrarea hemostaticelor în primele săptămâni. Măsurile din perioada de reconvalescenţă, mai ales reabilitarea hemiplegicului, sunt identice cu cele de după ramolismente.

TRATAMENTUL FIZIOTERAPEUTIC

Prin metodele de fizioterapie se obţine mobilizarea rezervelor funcţionale ale organismului. Vom enumera doar cei mai utilizaţi factori fizici de tratament în reabilitarea hemiplegicului.

Termoterapia – folosirea băilor de lumină, care emană căldură cu efect miorelaxant şi ameliorează circulaţia periferică.

Crioterapia – utilizarea temperaturilor joase. Duşuri, băi cu apă rece sau pungi de gheaţă se aplică pe muşchii contractaţi, diminuând stabil spasticitatea. Se combină cu cinetoterapia.

Electroterapia – utilizarea terapeutică a căldurii. Se aplică cu ajutorul multitudinii de aparate producătoare de curent galvanic, curenţi cu impulsuri, câmpuri electromagnetice, curent faradic, curenţi interferenţiali, sono-, intra- şi ultrasonografie, laseroterapie. Se obţin efecte de modificare a potenţialelor de membrană şi excitabilitate neuromusculară, modificări în compoziţia chimică a ţesuturilor, efecte

tehnice şi de inducţie electromagnetică. Aceste acţiuni se manifestă la bolnavi prin efecte trofice, antialgice, sedative, vasomotorii; ameliorează pătrunderea unor ioni sau substanţe chimice farmacologice active.

În cazuri de paraosteoartropatii incipiente, rareori în scop citolitic, se folosesc razele X.

În aplicarea metodelor fizioterapeutice există şi un mare număr de contraindicaţii, care necesită cea mai strictă respectare: procese inflamatoare, tumori, osteoporoză, grefe osoase, diateze hemoragice, graviditate, vecinătatea zonelor oculare, a regiunilor ovariene şi testiculare etc.

MASAJUL

Această metodă de acţiune asupra părţilor moi ale organismului (piele, ţesuturi subcutanate, muşchi, mase de sânge şi limfă, nervi şi organe interne) are două efecte principale: mecanic (local) şi reflex (general). *Acţiunea locală* influenţează pielea, ţesutul celular subcutanat, circulaţia sangvină şi limfatică, activitatea cardiacă, excitabilitatea neuromusculară, pragul de sensibilitate dureroasă. Poate influenţa stimulator sau relaxant. *Acţiunea generală* se bazează pe mecanisme reflexe cu implicarea căilor aferente şi eferente senzitivo-motorii şi vegetative. Acest fapt se datorează corespunderii fiecărui nerv rahidian a unui dermatom, miotom, angiotom, viscerotom, neurotom şi osteotom.

Acţiunea asupra miotomului – segmentul de interferenţă a tuturor celorlalte componente – are un efect generalizat. Stimulii aplicaţi pe teritoriul unui singur metamer îşi extind influenţa asupra a 5–6 metameri prin conexiunile substanţei gelatinoase Rolando.

Există mai multe metode de aplicare a masajului. Metoda Dicke, de exemplu, prevede acţiunea iniţială asupra segmentului sănătos. Şi numai după obţinerea răspunsului reflex, se include segmentul bolnav.

Pentru hemiplegici, masajul are un efect benefic major. În cazuri de algoneurodistrofie el atenuează durerile şi parasteziile. Se

aplică înaintea exercițiilor de mișcări articulare pasive, pentru a scădea pragul sensibilității dureroase. În perioada flască a hemiplegiei se aplică procedee stimulante, energice, cu frământări adânci musculare, în scopul „trezirii" elementelor neuromusculare. Se obține ameliorarea locală a circulației sangvine și a celei limfatice.

Masajul, pe lângă influența sa neuromotorie, are un efect benefic și asupra psihicului, inspirându-i bolnavului încrederea în succesul reabilitării.

Așadar, principalele efecte ale masajului la hemiplegici sunt: circulatorii, neuromusculare, antalgice, psihice și vegetative.

ACUPUNCTURA

În asociație cu metodele clasice de recuperare, acupunctura poate accentua procesul de reabilitare. Rezultatele pozitive ale acestei metode, în cazuri de intervenție precoce, ating circa 70%. În perioada de hipotonie, adică flască, vor fi stimulate meridianele afectate. În cazurile de spasticitate, punctele vor fi selectate cu scopul de „calmare a energiei", iar pentru afazie – preponderent punctele limbii. Cele mai bune rezultate se obțin în tratamentul sindroamelor algice și neurovegetative.

ERGOTERAPIA ȘI TERAPIA OCUPAȚIONALĂ

Aceste metode se folosesc pentru a-i asigura mișcării o finalizare funcțională. Noțiunile *terapie ocupațională* și *ergoterapie* conțin, în oarecare măsură, elemente identice. Totodată, terapia ocupațională este orientată mai mult spre o activitate fizică de perfecționare a deprinderilor motorii fără o anumită finalizare, în timp ce ergoterapia accentuează această finalizare pentru reîncadrarea socială a handicapului hemiplegic.

TRATAMENTUL SPASTICITĂȚII CU TOXINĂ BOTULINICĂ

Toxina botulinică de tip A provoacă blocarea presinaptică a fibrelor colinergice, al căror neurotransmițător este acetilcolina. Inhibând eliminarea acetilcolinei în sinapsa neuro-musculară, toxina botulinică diminuează contractarea fibrelor musculare. Acest proces decurge în trei faze:

I – alipirea moleculelor de toxină la membrana presinaptică;

II – toxina penetrează membrana presinaptică şi se implementează în terminațiile de motilitate a nervului;

III – toxina inhibă eliminarea acetilcolinei; spasmul muscular dispare.

Efectul terapeutic apare peste 2–3 zile după introducerea preparatului, acțiunea maximală se produce după 2–3 săptămâni. Efectul este temporar, durează până la 6 luni; mai apoi procedura poate fi repetată.

În ultima vreme, utilizarea preparatului devine tot mai răspândită, inclusiv la pacienții cu spasticitate flexorie a mâinilor după ictusuri şi traumatisme cranio-cerebrale grave. Comparativ cu utilizarea altor preparate destinate miorelaxării, toxina botulinică are mai multe avantaje: procedura se poate efectua în condiții de ambulator; are o eficacitate sporită.

Neajunsul constă în prețul înalt al preparatului. Toxina botulinică (preparatele farmaceutice Botox, Disport etc.) poate fi utilizată atât în perioada tardivă, adică în consecințele ictusului şi traumatismului grav cranio-cerebral, cât şi în perioada precoce, pentru a evita evaluarea spasticității.

EXPERTIZA MEDICALĂ ÎN DEFICIENȚELE CAUZATE DE ACCIDENTELE CEREBRALE

Analiza experienței clinicilor de neurologie din or. Chişinău şi a comisiei republicane de expertiză a vitalității, în corelație cu datele din literatura de specialitate existente, ne-a permis aprecierea definiti-

vării gradului de pierdere a capacității de muncă după accidente vasculare cerebrale în cazuri de:

– deficiențe motorii piramidale de tip paralitic sau paretic ale extremităților cu modificări de reflexe osteo-tendinoase, cutanate şi de tonus;

– tulburări extrapiramidale;

– deficiențe de sensibilitate;

– pareze sau paralizii de nervi cranieni cu dereglări de fonație şi glutiție;

– tulburări sfincteriene;

– tulburări de praxie, gnozie, limbaj;

– tulburări psihice;

– deficiențe vizuale.

Dintre bolile neurologice aceste deficiențe se întâlnesc cel mai frecvent în practica de activitate a organelor de expertiză medicală a vitalității.

La consiliul de expertiză a vitalității, bolnavul se prezintă în stadiul sechelar, rareori de reconvalescență.

Determinarea şi evaluarea invalidității se efectuează de către consiliile de expertiză medicală a vitalității, ținându-se cont de stadiul, forma şi particularitățile evolutive ale bolii, sediul topografic al procesului lezional, sechelele neurologice şi, mai ales, importanța deficiențelor funcționale care servesc drept cauză de încadrare în invaliditate.

1. Deficiențe funcționale uşoare

Pacienții cu deficiențe neuro-musculare de aspect piramidal şi cerebelos cu dereglări locomotorii şi de manipulații uşoare prezintă:

– fatigabilitate crescută la mers prelungit, la executarea mişcărilor precise şi rapide;

– anizoreflexie, hipoestezii;

– pareză centrală a n. facial şi hipoglos fără dereglări de glutiție şi fonație.

Aceşti bolnavi pot să nu fie încadrați în grad de invaliditate, dar se va ține seama pe care parte sunt dereglările – pe dreapta sau pe stânga. În aceste cazuri, prin intermediul CMC se vor da recomandări privind reintegrarea în activitatea de muncă.

2. Deficiențe funcționale medii

Pacienții prezintă:

– dereglări locomotorii ale extremităților prin limitarea mișcărilor; mersul e posibil, dar cu oarecare dificultăți; nu se folosește de sprijin (pareză de grad mediu);

– limitări gestuale moderate, greutatea de a apuca obiectul cu mâna; sunt limitate mișcările fine ale degetelor (pareză de grad mediu);

– dereglări de coordonare: probele indice-nas, deget-deget, călcâi-genunchi incorecte cu laterizare minimă;

– dereglări de limbaj: dizartrii – comunicare parțial deficitară;

– dereglări vizuale: hemianopsie conștientă pe care bolnavul o corectează cu poziția capului;

– insuficiență circulatorie cerebrală după un atac ischemic tranzitor, chiar dacă în momentul expertizei nu se depistează nici un semn obiectiv reurologic restant (prin tulburări de circulație și posibilitatea repetării atacurilor ischemice).

Acești bolnavi vor fi încadrați în gradul trei de invaliditate (25–50%).

3. Deficiențe funcționale accentuate

Pacienții prezintă dereglări neuro-musculare de aspect piramidal, extrapiramidal și cerebelos de grad accentuat (pronunțat), caracterizate prin:

– dereglări locomotorii și de manipulare: pareză pronunțată a extremităților cu limitarea pronunțată a mișcărilor distal și mai puțin limitat proximal (bolnavul poate ridica mâna orizontal, dar fixarea mâinii în această poziție e imposibilă, cât și apucarea și susținerea obiectelor; culcat, el poate ridica piciorul, dar nu poate să-l mențină; mersul spastic, se folosește de cârjă, se deplasează cu greu);

– dereglări vizuale: hemianopsie cu hemiagnozie (bolnavul e inconștient de defect), îngustarea câmpului vizual (15–20°);

– dereglări de fonație și glutiție – sindromul bulbar;

– dereglări de sensibilitate – sindromul talamic dureros;

– dereglări de limbaj – comunicarea mult redusă (afazii parţiale – motorie, senzorială şi amnezică);

– dereglări sfincteriene – incontenenţă de urină;

– dereglări psihice – tulburări de atenţie şi memorie, incapacitatea de efort intelectual, îngustarea sferei de interese, pierderea iniţiativei, inerţia etc.

Aceşti bolnavi vor fi încadraţi în gradul doi de invaliditate (50–75%).

De regulă, după un accident vascular grav este contraindicată orice activitate de muncă aproximativ un an: bolnavii vor fi trataţi cu atenţie deosebită. Ulterior, de la caz la caz, în funcţie de natura şi gravitatea sechelelor neurologice şi psihice, se va aprecia diferenţiat capacitatea de activitate vitală.

4. Deficienţe funcţionale severe

Pacienţii prezintă:

– dereglări locomotorii şi de manipulare de grad sever cu hemiplegie sau hemipareză profundă, caracterizate prin mişcări minime în partea proximală şi lipsa mişcărilor distale (bolnavul culcat nu poate ridica piciorul, cu greu efectuează flexie în genunchi, în mâini, dezvoltă contracturi musculare spastice – poza Wernike-Mann, mersul extrem de dificil);

– akinezie sau parkinsonism pronunţat;

– pareză pronunţată a trei sau patru extremităţi;

– dereglări vizuale: acuitate vizuală mai mică de 0,05%, îngustarea cilindrică a câmpului vizual la ambii ochi (5–10°);

– dereglări în vorbire: afazie totală;

– dereglări psihice: demenţă, accese convulsive zilnice.

Aceşti bolnavi sunt neputincioşi în viaţa cotidiană şi necesită îngrijire şi supraveghere din partea altei persoane. Ei vor fi încadraţi în gradul întâi de invaliditate.

La expertiza bolnavilor cu sechele ale accidentelor vasculare cerebrale se cere multă prudenţă, întrucât accidentele vasculare apar pe fondul manifestărilor de hipertensiune arterială, ateroscleroză. Se vor lua în consideraţie următorii factori:

– frecvența, durata şi intensitatea atacurilor ischemice;
– evoluția şi stadiul afecțiunii de bază, pe fondul căreia evoluează simptomatica neurologică;
– tulburările psihice asociate;
– vârsta bolnavului.

În încheiere, e cazul să reamintim că bolnavii vor fi prezentați la comisii de expertiză a vitalității numai după o cură de investigări şi tratament în condiții de staționar.

Chestionar de apreciere a gradului de handicap la pacienții cu accidente vasculare cerebrale

I. MOBILITATEA

Starea sănătății vă îngreunează deplasarea?

1. Deloc:
   Vă deplasați unde doriți, indiferent de distanță. ____________
2. Neînsemnat:
   Vă deplasați în majoritatea locurilor unde doriți, dar nu peste tot. ____________
3. Mult:
   Puteți ieși din casă, dar nu prea departe. ____________
4. Foarte mult:
   Nu ieșiți afară, dar vă deplasați prin casă. ____________
5. Aproape complet:
   Vă limitați la o cameră, dar vă puteți deplasa prin ea. ____________
6. Complet:
   Vă limitați la pat sau fotoliu și nu vă puteți deplasa. ____________

II. AUTOSERVIREA (independența psihologică)

Starea sănătății vă îngreunează în autoservire?

1. Deloc:
   Puteți face totul (de sine stătător) fără ajutor. ____________
2. Neînsemnat:
   Câteodată aveți nevoie de un mic ajutor. ____________
3. Mult:
   Aveți nevoie de ajutor pentru lucruri mai dificile (lucrul prin casă, a face cumpărături), dar nu mai mult de o dată pe zi. ____________

4. Foarte mult:
   Puteți face unele lucruri, dar aveți nevoie de ajutor mai mult de o dată pe zi. Puteți rămâne singur în siguranță mai multe ore. __________
5. Aproape complet:
   Aveți nevoie de ajutor permanent. Nu puteți rămâne singur în siguranță. __________
6. Complet:
   Aveți nevoie de ajutor permanent: și ziua, și noaptea. __________

III. MUNCA ȘI ODIHNA (ocupațiile)

Activitatea de muncă vă stopează starea sănătății?

1. Deloc:
   Puteți face tot ce doriți. __________
2. Neînsemnat:
   Puteți face aproape tot ce doriți. __________
3. Mult:
   Puteți face câte ceva, dar nu atâta cât doriți. __________
4. Foarte mult:
   Sunteți incapabil de a face multe lucruri, dar căutați să faceți câte ceva. __________
5. Aproape complet:
   Sunteți incapabil de a face majoritatea lucrurilor. __________
6. Complet:
   Toată ziua nu faceți nimic, vă abțineți de la orice activitate. __________

IV. INTEGRAREA SOCIALĂ

Starea sănătății vă îngreunează relațiile cu oamenii?

1. Deloc:
   Luați contact cu cine doriți; întâlniți oameni noi. __________

2. Neînsemnat:
Luați contact cu cine doriți, dar viața socială vă este puțin limitată. ____________

3. Mult:
Luați contact cu persoanele bine cunoscute, dar vă incomodează prezența persoanelor necunoscute. ____________

4. Foarte mult:
Luați contact cu persoanele bine cunoscute, cu prietenii, dar mai puțin cu vecinii. Relațiile cu persoanele necunoscute sunt dificile. ____________

5. Aproape complet:
În afara persoanelor care vă îngrijesc, nu stabiliți legături cu nimeni. Nu aveți prieteni, nimeni nu vă vizitează. ____________

6. Complet:
Nu luați contact cu nimeni, nici cu persoanele care vă îngrijesc. ____________

V. CONCEPEREA MEDIULUI AMBIANT

Starea sănătății vă face dificilă conceperea lumii înconjurătoare?

1. Deloc:
Concepeți amplu. Vedeți, vorbiți, auziți, gândiți clar. Aveți o memorie bună. ____________

2. Neînsemnat:
Aveți probleme cu auzul, vederea, vorbirea, memoria, dar acestea nu vă împiedică să faceți majoritatea lucrurilor. ____________

3. Mult:
Aveți probleme cu auzul, vorbirea, memoria, ceea ce vă face viața dificilă, dar înțelegeți ce se petrece în jur. ____________

4. Foarte mult:
   Întâmpinaţi mari dificultăţi pentru a înţelege ce se petrece în jur. ______________
5. Aproape complet:
   Nu vă puteţi orienta în spaţiu şi timp.
   Nu vă puteţi servi deloc. ______________
6. Complet:
   Sunteţi inconştient de ceea ce se petrece în jur. ______________

VI. INDEPENDENŢA ECONOMICĂ

Vă puteţi procura lucrurile de care aveţi nevoie?

1. Da, uşor:
   Vă puteţi permite tot de ce aveţi nevoie.
   Aveţi destui bani pentru a procura dispozitivele tehnice de care aveţi nevoie în legătură cu boala dvs. ______________
2. Destul de uşor:
   Practic, aveţi posibilitatea să vă procuraţi dispozitivele tehnice costisitoare, de care aveţi nevoie. ______________
3. Uşor:
   Sunteţi mai piţin asigurat, dar prin anumite sacrificii vă puteţi lipsi de ajutorul material. ______________
4. Relativ:
   Aveţi surse pentru a procura numai cele mai necesare lucruri. Mizaţi pe indemnizaţiile statului pentru a procura dispozitivele tehnice costisitoare. ______________
5. Nu:
   Depindeţi de indemnizaţiile statului sau de alte surse şi nu vă puteţi permite să procuraţi dispozitivele tehnice. ______________
6. Absolut deloc:
   Nu aveţi bani şi indemnizaţii de la stat.
   Depindeţi totalmente de sursele de binefacere pentru a procura cele mai necesare lucruri. ______________

Anexa 2

The European Stroke Scale – Scara europeană de evaluare a ictusului

Prenumele şi numele ____________________ Nr. fişei ____________________

Data spitalizării ____________________ Data externării ____________________

Examinări	Săptămâna				
	1	2	3	4	5
1	2	3	4	5	6
1. Nivelul conştiinţei (vigilenţei)					
• Vioi, răspunde energic.	10	10	10	10	10
• Somnolent, dar poate fi înviorat la cea mai mică stimulare să asculte, să răspundă.	8	8	8	8	8
• Necesită repetarea stimulentelor ca să asculte; este letargic sau obnubilat şi necesită o stimulare puternică şi dureroasă pentru a face mişcări.	6	6	6	6	6
• Reacţionează numai la stimuli dolori.	4	4	4	4	4
• Nu poate fi trezit la nici un stimul; la stimul dolor reacţionează prin decerebrare.	2	2	2	2	2
• Nu poate fi trezit prin nici o stimulare, nu reacţionează la stimul dolor.	0	0	0	0	0
2. Capacitatea de a înţelege Verbal, au fost date următoarele comenzi (fără a demonstra):					
a) Scoateţi limba. — Pacientul a efectuat 3 comenzi.	8	8	8	8	8
b) Puneţi degetul (părţii neafectate) pe nas. — Pacientul a efectuat 2 sau 1 comandă.	4	4	4	4	4
c) Închideţi ochii. — N-a efectuat nici o comandă.	0	0	0	0	0
3. Vorbirea (graiul) Examinatorul începe o discuţie cu pacientul (cum se simte, cum doarme, de cât timp se află în spital).					
• Vorbirea e normală.	8	8	8	8	8

• Dificultăți ușoare în alegerea cuvintelor, conversația e posibilă. • Dificultăți severe în alegerea cuvintelor, conversația e dificilă. • Răspunde numai DA sau NU. • E mut.	6 4 2 0	6 4 2 0	6 4 2 0	6 4 2 0	6 4 2 0
4. Dereglări vizuale Examinatorul stă la distanța mâinilor întinse și compară câmpul de vedere al pacientului, mișcând un deget de la periferie spre centrul ochiului (înăuntru). Pacientul trebuie să-și fixeze privirea la pupilele examinatorului (închide un ochi, apoi pe celălalt). • Normal. • Dificil.	8 0	8 0	8 0	8 0	8 0
5. Fixarea privirii (mobilitatea globilor oculari) Examinatorul fixează capul pacientului și urmărește poziția ochilor și mobilitatea oculară după un obiect ce se mișcă de la stânga spre dreapta și invers. • Normal. • Poziția mijlocie ori/și într-o parte nu se mișcă. • Poziția ochilor e fixată într-o parte, dar e posibilă poziția de mijloc. • Poziția ochilor e fixată într-o parte, mișcarea spre mijloc e imposibilă.	8 4 2 0	8 4 2 0	8 4 2 0	8 4 2 0	8 4 2 0
6. Mișcarea facială Examinatorul observă cum pacientul vorbește și zâmbește, fixând orice asimetrie a unui colț al gurii, plica naso-labială. Se apreciază numai mișcările din jumătatea inferioară a feței. • Normal. • Pareză. • Paralizie.	8 4 0	8 4 0	8 4 0	8 4 0	8 4 0

7. Extremitatea superioară (menținerea poziției) Examinatorul roagă pacientul să mențină extremitatea superioară în poziție de 45° de la planul orizontal. Ambele mâini să fie la același nivel, cu palmele față-n față. Mâinile se mențin în poziția dată 5 sec. Se evaluează numai partea afectată.					
• Mâinile se mențin în poziția dată 5 sec.	4	4	4	4	4
• Mâinile se mențin în poziția dată 5 sec., dar partea afectată pronează.	3	3	3	3	3
• Mâinile încep să cadă mai devreme de 5 sec. și se mențin într-o poziție mai joasă.	2	2	2	2	2
• Mâna nu se poate menține, dar se opune gravitații.	1	1	1	1	1
• Mâna cade fără împotrivire.	0	0	0	0	0
8. Extremitatea superioară (ridicarea) Mâna pacientului se află lângă picior, palma fiind în poziție medie. Examinatorul roagă pacientul să ridice mâna sub un unghi de 90°.					
• Normal.	4	4	4	4	4
• Mâna e dreaptă, dar mișcarea e incompletă.	3	3	3	3	3
• Mâna în flexie.	2	2	2	2	2
• Mișcări minime.	1	1	1	1	1
• Fără mișcări.	0	0	0	0	0
9. Extensia labei extremității superioare Pacientul este testat cu extremitatea în poziția de suport cu laba liberă, relaxată în pronație. Pacientul este rugat să extindă mâna (laba).					
• Normal (mișcare izolată deplină, descreșterea în putere lipsește).	8	8	8	8	8
• Mișcare izolată deplină cu forță redusă.	6	6	6	6	6
• Mișcarea nu e izolată și nu e deplină.	4	4	4	4	4
• Tentativă de mișcare (mișcări minime).	2	2	2	2	2
• Fără mișcări.	0	0	0	0	0

10. Degetele Examinatorul roagă pacientul să suprapună degetul mare şi indicele în formă de inel şi să reziste când va fi tras de degete. Apoi verifică puterea acestor inele trăgând cu un deget. • Putere egală la ambele mâini. • Reducerea puterii la partea afectată. • Nu poate forma inel pe partea afectată.	8 4 0	8 4 0	8 4 0	8 4 0	8 4 0
11. Extremitatea inferioară (menţinerea poziţiei) Examinatorul ridică activ piciorul afectat în aşa poziţie, ca femurul să formeze cu planul orizontal un unghi de 90°, iar tibia să fie paralelă acestuia. Pacientul este rugat să închidă ochii şi să menţină piciorul în poziţia dată 5 sec. • Piciorul se menţine în poziţia dată 5 sec. • Piciorul coboară încet într-o poziţie intermediară la sfârşitul sec. 5. • Piciorul coboară mai devreme de 5 sec., dar nu imediat. • Piciorul cade imediat.	4 2 1 0	4 2 1 0	4 2 1 0	4 2 1 0	4 2 1 0
12. Extremităţile inferioare – flexia Pacientul – cu piciorul întins în supinaţie. Examinatorul roagă pacientul să flecteze femurul. • Normal. • Mişcare cu forţă redusă. • Mişcare împotriva gravităţii. • Mişcare minimă (tentativă de mişcare). • Fără mişcare.	4 3 2 1 0	4 3 2 1 0	4 3 2 1 0	4 3 2 1 0	4 3 2 1 0
13. Planta piciorului Pacientul este testat cu piciorul în poziţie întinsă. Examinatorul roagă pacientul să flecteze planta în poziţie dorsală. • Normal (piciorul întins, fără deviere în forţă).	8	8	8	8	8

• Piciorul întins, mişcare deplină, dar cu reducerea forţei musculare.	6	6	6	6	6
• Piciorul întins, mişcare incompletă ori flectat în genunchi, ori piciorul în supinaţie.	4	4	4	4	4
• Mişcări minime (urme de mişcare).	2	2	2	2	2
• Fără mişcări.	0	0	0	0	0
14. Mersul					
• Normal.	10	10	10	10	10
• Anormal, cu viteza şi distanţa reduse.	8	8	8	8	8
• Poate merge cu suport, susţinere (greu).	6	6	6	6	6
• Poate merge susţinut de mai multe persoane.	4	4	4	4	4
• Pacientul nu poate merge, dar stă cu suport în poziţie verticală.	2	2	2	2	2
• Nici nu merge, nici nu stă.	0	0	0	0	0
Total					

Glasgow Coma Scale – Scara Glasgow

Indicele testării (puncte)	Zilele																
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
Deschiderea ochilor																	
Spontană	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
La ordin	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
La durere	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
Absent	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Răspuns verbal																	
Orientat, coerent	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
Confuz	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
Cuvinte nepotrivite	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
Cuvinte neclare	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
Absent	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Răspuns motor																	
La ordin	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6
Localizează stimulii	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
În flexie	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
Decorticare	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
Decerebrare	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
Absent	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Total																	

BIBLIOGRAFIE SELECTIVĂ

1. Shelli E. Liss. *Stroke. Medicale Rehabilitation.* New York, 1985, p. 193–208.

2. I. Quandt. *Neurologische krankheiten. Grundlagen der Arztlichen Begutachtund.* Berlin, 1987, p. 139–168.

3. Tiberiu Vlad, Liviu Pendefunda. *Recuperarea bolnavului hemiplegic adult.* Iaşi, 1992.

4. M. Ganea. *Reabilitarea şi expertiza capacităţii vitale la bolnavii după ictus cerebral.* Chişinău, 1998.

5. Revista Română de Stroke. Prima Conferinţă naţională de Stroke. Rezumate. Sesiunea a X-a. Recuperarea în Stroke. Bucureşti, 1998, p. 115–124.

6. А.Н. Белов. *Нейрореабилитация.* Москва, 2003.

CUPRINS